

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

436

Année : 1970

T H E S E

pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

PAR

DONABEDIAN Jean, Avédis, né le 21 Novembre 1940

à Saint-Chamond (Loire)

- . Interne des Hôpitaux Psychiatriques
- . Certifié de Neuro-Psychiatrie

LE DISULFIRAME AFFRONTÉ A L'EVOLUTION DE L'ALCOOLOGIE

Président : Monsieur le Professeur Henri PEQUIGNOT

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année : 1970

T H E S E

pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

PAR

DONABEDIAN Jean, Avédis, né le 21 novembre 1940

à Saint-Chamond (Loire)

. Interne des Hôpitaux Psychiatriques

. Certifié de Neuro-Psychiatrie

LE DISULFIRAME AFFRONTÉ A L'EVOLUTION DE L'ALCOOLOGIE.

Président : Monsieur le Professeur Henri PEQUIGNOT

UNIVERSITEIT VAN LEIDEN

1910

WETEN

1910

INSTITUT VAN PSYCHOLOGIE

(Hofstede-de Groot)

1910

DOXA/STRAAT 10, LEIDEN, op 24 november 1910

in Gedeputeerde (Leide)

Instituut van Psychische

Psychiatrie



INSTITUT VAN PSYCHOLOGIE

INSTITUT VAN PSYCHOLOGIE

A mes parents

qui m'ont permis de devenir ce que
je suis ;

Avec toute ma reconnaissance.

A ma femme

Avec toute mon affection.

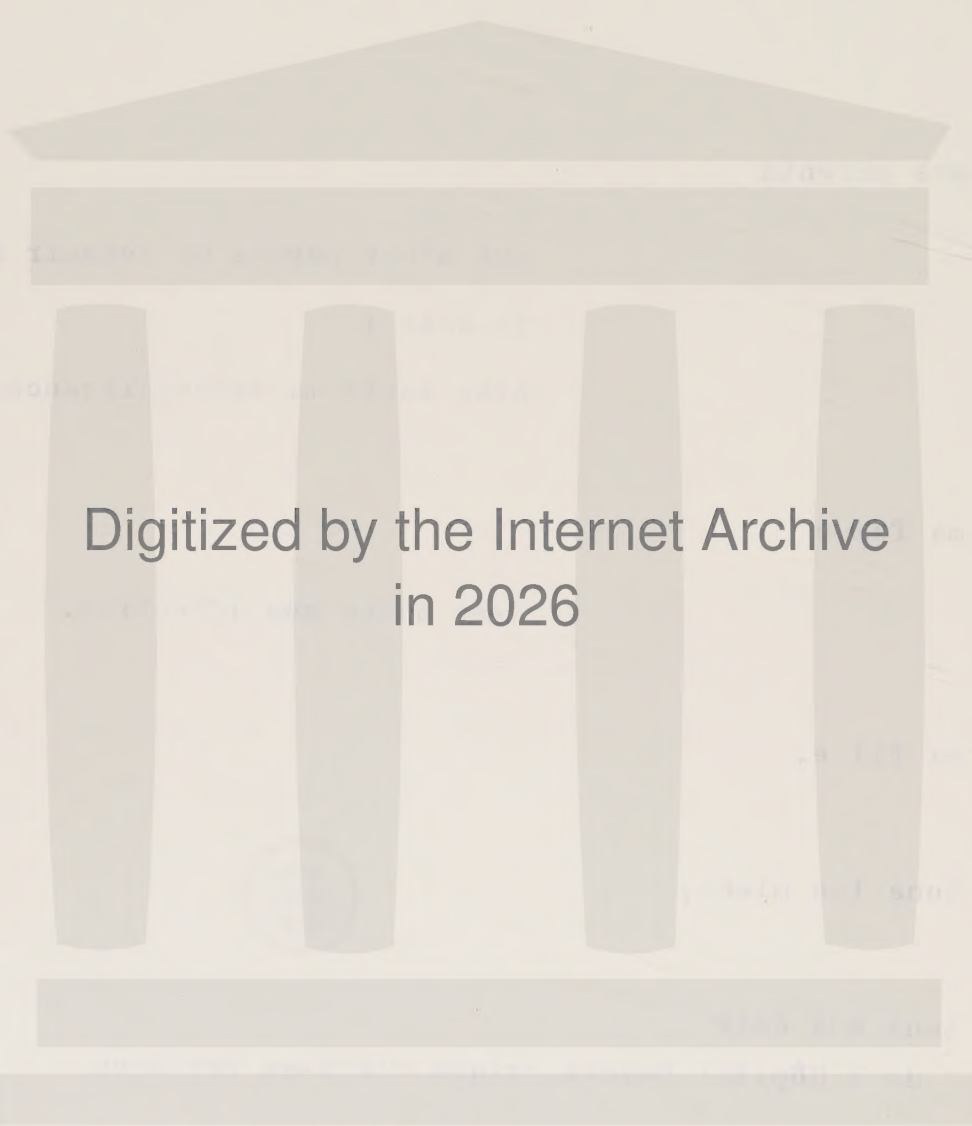
A ma fille,

A tous les miens,

A tous mes Amis

de l'Hôpital Psychiatrique d'Aix-en Provence.

*
* *
*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549902_0013

A Monsieur le Professeur Henri P E Q U I G N O T

Professeur de Clinique Médicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Qui a très obligeamment accepté
de présider cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici
l'expression de notre profond respect.

PLAN DE L'EXPOSE.

Introduction

I - LE TRAITEMENT HOSPITALIER.

- La Section de Cure et de Rééducation
- L'équipe soignante
- Le déroulement du traitement
- Les activités psychothérapique et ergothérapiques.

II - LE TEMPS POST-HOSPITALIER.

- Le Disulfirame
- Le Dispensaire d'Hygiène Mentale
- Les mouvements de buveurs guéris.

III - TECHNIQUE D'ETUDE.

IV - LES RESULTATS.

- La répartition des sujets selon les différents critères.
- La méthode de travail
- Etude détaillée des trois groupes de résultats.

INTRODUCTION

Le terme alcoologie utilisé dans le titre de notre travail signifie que cette discipline se rapporte à tout ce qui touche de près ou de loin à l'alcool.

Il nous est apparu que pour être clair, il était bon de souligner ce que nous entendons par alcoolisme, qui est un des aspects de l'alcoologie.

La définition de JELLINEK est opérationnelle et fragmentaire car cet auteur la centre sur les conséquences de l'alcoolisme quand il tente de le définir par : "... tout usage de boissons alcoolisées qui cause un dommage quelconque à l'individu ou à la société, ou aux deux".

L'O.M.S. insiste aussi sur les dommages et pose la nécessité du traitement.

FOURQUET met l'accent sur la notion de perte de la personnalité de l'alcoolique. Cette notion essentielle est ignorée du non-alcoolique qui reproche à l'alcoolique sa mauvaise foi, attitude répandue même parmi les médecins hospitaliers de certains services généraux comme le soulignent PERRIN et CHICHAU-VIGNÉ.

DUCHENNE, dans sa définition, introduit la notion de différence des "conduites humaines" normales et alcooliques.

Jean RAINAUT, dans son "Essai de Définition conceptuelle de l'alcoolisme" insiste sur la notion de "prévalence" de la relation alcoolique-alcool par rapport à tous les autres modes de relation du sujet : "existence pathologique, d'étiologies, de pathogénies et de conséquences variées, l'alcoolisme est un recours à l'alcool, continu ou discontinu, établissant prévalence sur tous les autres modes de relation du sujet".

Cette notion de prévalence est d'intérêt capital car nous verrons que le traitement de l'alcoolisme ne doit pas être limité à l'abstinence, mais s'ouvrir sur le choix d'un autre objet que l'alcool, d'autres relations de valence devant unir l'alcoolique à d'autres objets : supprimer l'alcool, c'est choisir autre chose.

Enfin, il faut distinguer l'alcoolisme des alcoolopathies, conséquences physiologiques, psychologiques et somatiques de la relation individu-alcool sur l'individu et/ou la société.

Notre étude se propose d'établir la place du Disulfiram dans le traitement de l'alcoolisme, se posant ainsi la question de savoir si ce produit doit être considéré comme le premier du traitement de cette affection.

I - LE TRAITEMENT HOSPITALIER

A/ LA SECTION DE SOIN ET DE REHABILITATION DES DOUCHES-DU-ROUAY.

Ouvrant en 1964, il s'agit d'un pavillon séparé géographiquement de l'Hôpital Psychiatrique par une voie urbaine, avec accès indépendant. Cette section dépend administrativement de l'Hôpital Psychiatrique.

Le pavillon compte 45 lits d'hommes. Il est "ouvert". Au rez-de-chaussée se trouvent le bureau de réception et le vestiaire, et aux extrémités les salles où se déroulent les épreuves à l'apomorphine et au Disulfirame.

Le dortoir est situé à l'unique étage, ainsi que les bureaux du médecin, de l'assistante sociale et du psychologue.

L'un des sous-sols est occupé par le bar où le sujet est autorisé à fumer des cigarettes non alcoolisées, la télévision et une salle de réunions.

B/ L'EQUIPE SOIGNANTE

Exclusivement masculine, hormis secrétaire et assistante sociale ; celle-ci, en collaboration avec le médecin, se charge des problèmes médicaux, financiers, administratifs et judiciaires, problèmes importants et difficiles à résoudre compte-tenu de la qualité de notre recrutement.

Cette équipe comprend en outre :

- un médecin-chef,
- un interne,
- un psychologue,
- deux équipes d'infirmiers, 5 pour chaque équipe environ

Les infirmiers possèdent presque tous une formation bivalente

infirmier-ergothérapeute (menuisier, ajusteur, tourneur ...)

Le travail des infirmiers est coordonné par un chef d'équipe.

Les qualités requises sont : la compétence, le bon sens, la disponibilité, le sens social, la solidarité.

C/ LE DEROULEMENT DU TRAITEMENT

Une des règles essentielles du traitement consiste, pour le malade, dans l'acceptation de celui-ci, ainsi que le souhait du succès.

1°) Le recrutement :

Il se fait par l'intermédiaire des Hôpitaux de la région, de différents organismes sociaux et par des médecins. Soulignons ici le très fort pourcentage de sujets dits "sans domicile fixe" qui entrent dans le service et pour lesquels parfois, la section de cure est l'ultime milieu de survie. D'autre part, un grand nombre de sujets traités est issu d'une origine géographique assez hétérogène du Midi de la France : région parisienne, Flandres, Piémont, Afrique du Nord.

2°) L'accueil du malade :

Il est reconnu comme "MALADE" dès son premier contact avec l'équipe, car le personnel est informé des problèmes de l'alcoolisme. L'infirmier qui le reçoit lui fait remplir un questionnaire détaillé (état civil, habitudes, antécédents, etc..), ce que le malade perçoit comme une prise en charge immédiate. On lui explique le fonctionnement du service et en particulier la durée moyenne d'hospitalisation qui est fixée à trois mois. Mais nous reviendrons sur ce sujet plus loin.

3°) Le moment de désintoxication ou temps de désober-

L'état physique précaire dans lequel se trouve le sujet à l'entrée des soins et la mise en route immédiate de ce temps présente un double avantage :

- éviter le syndrome de sevrage et obtenir une rééquilibration nutritionnelle ;
- le sujet prend conscience de son état de malade puisqu'il est traité comme tel.

En pratique, on fait passer deux perfusions par jour, de 200 cc chacune, en utilisant sérum physiologique et sérum glucosé isotonique et contenant :

- méprobromate (1 200 mg)
- foie lyophilisé (125 mg)
- heptamyl
- vitamine C
- et alcool glucosé hépatise, si l'état actuel

annonce l'éventualité d'un syndrome de sevrage (tremblasse, sueurs ...).

Nous utilisons également la Centrophénoxine (I.V. ou I.M.) et la vitaminothérapie B₁ - B₆ - B₁₂ par voie I.M.

Les perfusions sont arrêtées au bout de huit ou dix jours, mais on poursuit vitaminothérapie et Centrophénoxine par voie orale. De nombreuses variantes de ce traitement sont utilisées, en particulier la prévention des accidents de sevrage par les psychotoniques.

12) Les aures de dépôt et d'interdiction :

Les états cardiovasculaires précaires, les diabètes graves, ainsi que les sujets dont l'état général est médiocre, sont des contre-indications majeures aux épreuves.

L'explication du résultat qu'on en attend est fournie au malade pour qu'il ne les considère pas comme une punition.

a) la cure à l'apomorphine :

Elle consiste à donner au sujet par voie orale, 2 à 4 comprimés d'Apomorphine tous les matins pendant les huit jours qui suivent la fin des perfusions.

Puis on pratique une dizaine d'épreuves, à raison d'une tous les trois jours, le malade étant à jeun. On injecte par voie sous-cutanée 2,5 mg d'apomorphine suivie de l'absorption de 200

200 cc de vin (au de la quantité correspondante d'un autre alcool
- il s'agit de deux alcools optiques). Si dans les dix minutes qui
suivent l'ingestion de l'alcool, on injecte encore 2,5 cc
La dose efficace moyenne est de 5 à 7,5 mg.

Le pouls et la tension artérielle sont surveillés tous
les 1/4 d'heures. Si la réaction se prolonge, elle est stoppée
par l'administration d'hyposulfène.

Bien que cette technique ait été critiquée par certains
auteurs et son intérêt mis en doute, elle présente l'avantage
d'aider le malade à se passer de son alcool favori, par l'inter-
médiaire d'un réflexe provoqué lors de la réaction et perturbant le
conditionnement chronique à l'alcool.

LECOQ, FELDMANN et DENT préfèrent utiliser l'apomorphine,
pour ses qualités de vomitif central, mais pour ses propriétés
antitoxiques et sédatives car leurs travaux ont montré que ce
produit catabolise les produits de dégradation de l'alcool.

b) L'épreuve au Disulfirame :

Les propriétés antabuse du Disulfirame ont été mises
en évidence par le Danois JACOBSEN : ce produit provoque le blocage
des réactions enzymatiques entraînant donc le métabolisme de l'alcool,
et provoque une accentuation d'acétaldéhyde dans le sang, et ce
trouble métabolique serait responsable des conséquences neuro-
végétatives bien connues de tous les auteurs.

Quelles sont-elles ? Après une imprégnation à raison de 5,70 g par jour de Disulfirame pendant une dizaine de jours par voie orale, on pratique une épreuve à jeun avec absorption d'un verre de vin, de bière ou de tout autre alcool, précédée par celle d'un comprimé de Disulfirame.

FARRA a bien décrit les répercussions de ces épreuves sur l'organisme :

a) troubles cardio-vasculaires avec tachycardie dans 75 % des cas et modifications tensionnelles :

- 60 % de faibles modifications,
- 25 % de baisses tensionnelles dont 5 % très importantes,
- 15 % d'augmentations tensionnelles.

b) troubles respiratoires avec polypnée,

c) troubles digestifs avec nausées dans 45 % des cas et 25 % de sujets présentent des vomissements,

d) troubles nerveux avec céphalées, 35 % des cas,

e) asthénie et somnolence après l'épreuve dans la presque totalité des cas.

L'auteur conseille d'écarter l'épreuve chez les cardiaques et de faire un électrocardiogramme dans le bilan.

Comme pour les épreuves à l'apomorphine, pouls et T₁₂ sont pris par l'infirmier qui surveille le déroulement de la séance.

Les contre-indications sont les suivantes : H.T.A., épilepsies, artériosclérose cérébrale, cardiopathies décompensées, foie cirrhotique et tout état général médiocre. Nous expliqueront plus loin pourquoi nous ne considérons pas, à l'inverse de certains auteurs, une diminution du quotient intellectuel comme une contre-indication aux épreuves.

Des accidents peuvent survenir malgré les précautions prises : les cas de mort subite rapportés par AMADOR et GAZDAR seraient dus d'après ces auteurs à l'utilisation d'une dose excessive de Disulfirame. On a été décrits des hémorragies cérébrales-méningées, les crises convulsives, mais nous retiendrons surtout de notre expérience personnelle les rares cas d'état confusional survenant après des épreuves au Disulfirame, mais tous résolutifs en 48 heures.

Enfin, on peut se demander quel est le rôle de la suppression de l'alcool dans les états dépressifs décrits comme accident des épreuves au Disulfirame.

Si dans notre chapitre "déroulement du traitement" nous avons exposé essentiellement la partie technique de ce traitement, nous venons dans un autre chapitre les activités psycho- et ergothérapeutiques, afin d'en faire mieux ressortir l'importance qui, au fil des années, s'est imposée dans la pratique à tous les niveaux de l'équipe soignante.

Ce faisceau d'intérêts convergeant vers sa personne constitue pour le malade la coïllence prouvée que sa prise en charge est réelle, mais chaque fois, il lui est demandé de participer activement à son traitement car seul il est le mieux placé pour réussir.

Le Service étant devenu fonctionnel à partir de 1964, très vite il est apparu qu'un des problèmes majeurs était d'informer le malade alcoolique de tout ce qui concerne l'Alcoolisme.

La méthode employée est celle du groupe semi-directif. Ce groupe comprend dix malades au maximum. A chacun d'eux, deux fois par semaine, il est remis un exemplaire retranscrit des "entretiens" que l'ALCOOLISTE a élaboré et écrit à l'intention des malades de son service. Les malades en prennent connaissance avant l'entretien de groupe et en discutent entre eux lors de la réunion et avant d'en discuter avec l'animateur. Une dizaine d'entretiens de ce genre sont prévus et réalisés pendant toute la durée de l'hospitalisation.

Le rôle dévolu au Directeur de groupe est de centrer la discussion sur le thème choisi et de susciter un dialogue qui permette aux sujets de se libérer, d'analyser les motivations de leurs comportements de leur alcoolisme ; les mythes véhiculés à l'égard de l'alcoolisme en France en particulier, sont démasqués.

D'autres techniques sont utilisées ; ainsi, CALCIENE

préconise une psychothérapie directive non moralisatrice.

Cette psychothérapie de groupe est considérée par certains abstinents comme la partie la plus active du traitement hospitalier.

La famille du malade, reçue par le médecin, est avertie des problèmes posés par l'alcoolisme. Le médecin s'efforce de démontrer que l'époux est malade et qu'il aura besoin d'une aide efficace dès sa sortie, ce qui suppose que l'épouse n'est ni alcoolique, ni névrosée...

En insistant sur le rôle de la psychothérapie dans le traitement de l'alcoolisme, psychothérapie de type "institutionnelle", nous négligeons le traitement ambulatoire de l'alcoolisme, car comme le soulignent BUCHENE et RAILLY-SALIN, son inconvénient est le "renoncement à ce facteur psychothérapique primordial".

Il est également demandé au sujet de fournir une autobiographie, véritable "acte de méditation" (J. RAINAUT), dont l'analyse révèle que la sincérité n'en est pas exempte, mais où le malade décrit souvent avec une complaisance morbide tous les malheurs qui l'ont frappé depuis son enfance (ce qui est confirmé par l'étude statistique des antécédents familiaux) et arrive parfois à "oublier" de parler de son alcoolisme !

2) Les activités ergothérapeutiques :

Une forte majorité de nos sujets est dépourvue d'une qualification professionnelle valable. Leur réinsertion sociale ne peut donc être réalisée que s'ils apprennent un métier, ou tout au moins en recevant les principes techniques essentiels. Ceux qui ont une qualification, mais qui l'ont perdue depuis longtemps, ou qui ne travaillent plus, l'oublient. Leur rendement professionnel s'est effondré ; ou bien licencié depuis plusieurs mois, le sujet ne s'occupait plus que de manutention ... quand il n'errait pas, tel un clochard, comme cet ancien pilote-navigateur de Suez.

De plus, ce travail, tout en le valorisant à ses yeux et aux yeux de ses camarades, représente à la fois une coupure avec ce qui se passait "avant" pour celui qui n'en avait plus et le prépare à ce qu'il y aura "après", et évite la rupture due à l'homologation pour celui qui a dû interrompre ses activités professionnelles.

L'intérêt porté par le sujet à l'activité proposée, aidé en cela par l'infirmier-ergothérapeute, annonce déjà la possibilité de choix d'un autre objet, se substituant à l'ancien-objet.

Il redonne aussi au sujet son statut d'adulte ayant un rôle dans la société, statut qu'il avait perdu dans son milieu socio-professionnel et familial, la femme devant supporter tout le poids de charges qu'il ne pouvait plus assumer.

Nous venons donc d'exposer les modalités du traitement appliqué pendant le séjour du malade à l'hôpital. Cet exposé était indispensable car il situe le cadre dans lequel évolue le sujet pendant près de trois mois, cadre identique pour tous, mais dont les résultats varient considérablement d'un sujet à l'autre, les résultats obtenus le démontrant amplement.

est considéré, et les échecs sont peu nombreux, en valeur absolue, sur environ 10 échecs. Les échecs sont perçus de plus en plus et sont inférieurs à ceux en traitement systématique dans la majorité de l'absolu.

Les sujets de type delta ne caractérisent pas le score

- l'absence d'échecs enregistrés dans cet intervalle de temps.
- le nombre élevé de sujets que l'on perd de vue après quelques mois d'abstinence sous Disulfirame.

On remarque également que dans l'intervalle considéré, il y a cinq fois plus de bêta qui échouent que de gamma. Alors que dans les deux premiers mois, il y a seulement deux fois et demi plus de bêta qui échouent que de gamma.

Les sujets de type gamma ont donc une conduite bien différente des sujets de type bêta ce qui sera confirmé dans les paragraphes suivants.

3) Données du premier et deuxième groupement réunies

Depuis la sortie du Service jusqu'au huitième mois, on enregistre :

- échecs survenus après une abstinence de durée nulle ou de quelques mois, dont :

- = 69 bêta, soit 20 % des 346 bêta,
- = 27 gamma, soit 25 % des 103 gamma,
- = 25 alpha, soit 33 % des 76 alpha,
- = 5 delta, soit 7 % des 68 delta.

4) Grade du meilleur groupe : les résultats positifs :

A l'issue de notre enquête, nous avons obtenu 295 résultats positifs.

Résultats favorables 9 à 17 mois 1 abstention	Bons résultats 18 à 23 mois 1 abstention	Résultats excellents 24 mois et plus
23	44	12

Remarquons que nous n'avons au plus que 24 mois de recul pour juger les résultats obtenus par les agents travaillant dans le service en 1968. Voici un tableau comparatif des résultats positifs enregistrés pour chaque année de service.

ANNÉE	Résultats excellents	Bons résultats	Résultats favorables
1964	11	2	6
1965	29	2	3
1966	35	2	8
1967	39	6	12
1968	7	2	7

Les 295 résultats positifs se répartissent en :

- 124 bêta, soit 35 % des 346 bêta.
- 33 gamma, soit 33 % des 103 gamma.
- 26 alpha, soit 33 % des 79 alpha.
- 24 delta, soit 30 % des 68 delta.
- 1 epsilon.

Le résultat est donc la même pour les quatre principaux types d'alcoolisme. Ce résultat tendrait à faire croire qu'il est inutile d'établir une distinction entre les alcooliques puisque chaque type réussit également. Mais nous allons démontrer que chaque type d'alcoolique se conduit différemment des autres types pour devenir abstinents et en particulier que la conduite à l'égard du Disulfirame varie énormément d'un type à l'autre.

Pour chaque sujet, nous avons calculé :

- Le nombre de mois d'abstinence sous Disulfirame (1ère colonne).
- Le nombre de mois d'abstinence sous Disulfirame (2ème colonne).

Nous avons dressé un tableau pour chaque type d'alcoolique : le zéro de la première colonne signifie que le sujet n'a jamais pris de Disulfirame ; le trait de la deuxième colonne signifie que le sujet est toujours abstinent sous Disulfirame.

Type DETA : résultats positifs

1ère	2ème	Suite		Suite		Suite		Suite
colonne								
	19	12	-	2	45	7	30	2
	12	-	44	2	34	20	-	20
	43	-	21	19	13	10	11	15
	-	-	54	2	16	0	36	18
	60	-	34	5	46	14	-	
18	-	0	11	4	3	16	-	
	60	2	42	21	-	0	18	
	24	34	12	2	12	2	26	
	9	12	11	12	10	2	34	
	11	14	-	18	11	1	17	
	-	14	14	15	-	-	24	
	56	-	14	34	-	5	20	
	-	44	-	13	-	0	17	
	30	14	-	24	-	2	18	
	24	-	18	24	-	22	-	
	-	11	30	24	6	5	15	
	42	14	-	16	-	4	15	
	18	14	4	16	-	2	20	
	10	15	17	7	28	2	20	
	-	-	5	1	3	21	-	
	17	30	24	12	-	24	-	
	19	30	-	19	-	12	15	
	18	30	-	15	18	10	-	
	40	-	00	0	21	17	-	
	-	7	16	2	21	3	22	
9	14	16	1	10	-	0	10	
	18	16	40	3	25	0	14	
47	-	18	-	12	16	19	-	
	-	-	19	0	23	2	16	
	48	11	-	22	-	15	-	

Résultats positifs			Résultats positifs		
D E L T A			D E L T A		
1ère colonne	2ème colonne	3ème colonne	1ère colonne	2ème colonne	3ème colonne
2	70	2	60	1	10
2	6	2	60	17	1
2	7	2	60	18	1
2	70	2	7	10	1
2	56	12	42	20	1
2	52	12	38	10	1
2	6	12	-	2	18
2	35	0	12	19	18
2	44	0	50	2	27
0	9	12	-	2	7
2	39	0	40	12	24
2	30	0	40	12	-
0	30	18	15	12	-
0	10	0	9	0	12
2	30	0	10	2	18
2	20	0	10	3	18
2	10	0	10	10	18
2	20	17	17	2	18
2	18	0	30	2	18
2	-	0	15	2	18
5	14	0	24	2	18
16	3	24	-	2	18
0	19	2	-	2	18
19	-	2	-	2	18
0	20	2	-	2	18
0	23	2	-	2	18
4	14	2	-	2	18
2	18	2	-	2	18

E P S I L O N : 1 cas

3 : 36

DISCUSSION

Pour les sujets bêta et delta, l'abstinence est obtenue pendant une assez longue période sous la tutelle du Disulfirame et pour les sujets bêta très peu d'entr'eux deviennent abstinentes sans l'aide du Disulfirame. Cette conduite du sujet bêta est la traduction de la suggestibilité qui le caractérise : l'information qu'il reçoit selon laquelle à sa sortie il va devoir affronter une culture très permissive l'amène à se protéger du milieu extérieur et de ses sollicitations permanentes, en prenant quotidiennement son comprimé de Disulfirame. D'où l'intérêt d'une information permanente pour des sujets réceptifs aux arguments rationnels, afin de les convaincre. Le Disulfirame ne sera abandonné que lorsque l'allocoïque bêta se sentira moins vulnérable, et plus résistant aux sollicitations du milieu extérieur.

Le Disulfirame est donc pratiquement toujours indiqué pour obtenir l'abstinence chez le sujet bêta, mais aussi delta. Il agit en agissant sur la relation existant avec le salin, désagréable à boire, et qui est abandonné sans qu'il y ait de problème.

Chez les sujets gamma et alpha, la conduite d'abstinence diffère radicalement de celle des deux types précédents, puisque près de 50 % des résistants le sont sans l'aide du Disulfirame.

Le traitement hospitalier doit s'attacher à supprimer la dépendance physique ou psychologique à l'égard de l'alcool.

cette suppression afin de ne laisser le choix.

Il existe un type gamma. La réponse suit immédiatement la prise de l'alcool - un sujet gamma peut avoir des réactions qui n'ont pas dépassé le seuil de tolérance, et sans l'effet du Disulfirame. Par contre, le Disulfirame rendra une véritable boue de sauvetage si la tolérance s'est éteinte. Mais ce ne sont là que des hypothèses. Si l'on observe le comportement de tous les sujets gamma de notre statistique, il apparaît que la conduite de ces sujets obéit à la loi du tout ou rien :

- ou bien l'effet est immédiat, dès la sortie du Service.
- ou bien l'abstinence est immédiate et définitive, sans l'appui ou presque du Disulfirame.

Véritable épidémie, l'alcoolisme de type gamma ne nécessite pas une indication du Disulfirame, mais exige une psychothérapie efficace, en profondeur.

Quant aux sujets alpha qui utilisent l'alcool pour ses propriétés psychotropes, la conduite d'abstinence participe à la fois de ce type de sujets bêta et gamma, surtout la conduite gamma, ce qui fait ressortir ici aussi le rôle primordial de la psychothérapie.

On songeait qu'en ne considérant que les types gamma et

... l'impact bénéfique de la ...
... l'impact négatif de l'alcoolisme ...

Il est nécessaire d'informer la famille des problèmes rencontrés
par l'individu et de connaître si possible les antécédents relation-
nelles établies entre l'épouse et l'alcoolique.

Les antécédents familiaux :

- 120 sujets traités avaient l'un des parents (ou les deux)
alcooliques,
- 110 autres sujets avaient été élevés dans un foyer dissocié,
- enfin, un groupe de 65 sujets présentait dans les anté-
cédents familiaux les deux caractères ci-dessus réunis.

Ce tableau appelle plusieurs remarques :

- plus de 50 % des sujets étudiés ont des antécédents familiaux pathologiques,
- 33 % des sujets n'ont qu'un (ou les deux) parent alcoolique, restent abstinents,
- 25 % des sujets élevés dans un foyer parental dissocié restent abstinents,
- mais surtout, 48 % des sujets ayant à la fois : un (ou les deux) parents alcooliques et un foyer parental dissocié, restent abstinents.

Ce résultat est remarquable, réalisé tant par les sujets gamma que par les sujets bêta. Ce résultat prouverait une approche psychanalytique pour tenter de l'expliquer, peut-être au niveau des problèmes d'identification.

4. Le niveau du caractère intellectuel et la détérioration

Il s'agit d'une opinion répandue chez les médecins selon laquelle les débilés légers et les alcooliques présentant un début de détérioration intellectuelle ne sont pas aptes à devenir abstinents. Ceci n'est pas vérifié par les résultats que nous avons obtenus :

Nous avons recruté 80 sujets présentant le caractère étudié, et parmi eux :

- 10 débilés
- 5 alcooliques
- 4 débilés
- 1 débilé

On enregistre 23 résultats positifs, soit 27 % des 80 sujets considérés (donc un peu moins que la moyenne générale qui est de 33 % de réussites). Sur les 22 sujets abstinents :

- 12 se sont vus le sida continue du Disulfirame,
- 4 ont pris du Disulfirame pendant plus d'un an,
- 3 en ont pris pendant quelques mois seulement,
- 1 seul affirme n'avoir jamais pris de Disulfirame.

On compte 19 sujets bêta abstinents sur les 22 sujets abstinents, et donc 36 % des 60 bêta de la catégorie étudiée.

Sur ces 19 bêta, 10 sont abstinents avec la prise continue de Disulfirame, soit plus de 50 %, alors que pour l'ensemble des bêta abstinents, 33 % le sont avec la prise continue de Disulfirame.

Plus encore, si l'on sépare les bêta abstinents "normaux" des bêta abstinents "déficients", on trouve :

- 21 bêta, sur 105 bêta abstinents "normaux", abstinents avec la prise continue de Disulfirame, soit 28 %

- 10 bêta, sur 19 bêta abstinents "déficients", abstinents avec la prise continue de Disulfirame, soit plus de 50 %.

Le Disulfirame par voie orale est donc particulièrement indiqué chez les sujets de type bêta présentant un Q.I. relativement bas ou un début de dégradation intellectuelle. C'est dans ce cas très précis que le conseil de contrôle préconisé par TARDIEU peut être utile.

Aucun des 11 sujets delta de cette catégorie n'est devenu abstinant : le Dirculfirane ne leur est d'aucun secours par voie orale, et peut devenir très dangereux sous la forme d'implant.

3) Les antécédents personnels :

Plus de la moitié de nos sujets ont présenté dans leurs antécédents personnels pathologiques, un delirium tremens, ou un ulcère avec ou sans gastrectomie, ou un traumatisme crânien, ou une tuberculose pulmonaire.

Seule, l'étude des sujets ayant présenté un delirium tremens dans leurs antécédents nous a permis d'obtenir des informations intéressantes :

Nous n'avons retenu que les delirium confirmés : 42 sujets ont présenté un ou plusieurs D.T. :

- 19 d'entre eux sont devenus abstinents, soit 45 %
- 23 échecs, dont quatre présentant un autre antécédent personnel pathologique associé au D.T.

La répartition selon les types d'alcoolismes s'inscrit ainsi :

Type d'alcoolisme	Sujets ayant présenté un D.T.	Sujets devenus abstinents	% des sujets devenus abstinents	Echecs ou sujets perdus de vue
Bêta	29	15	50	14
Gamma	7	3	42	4
Delta	6	-	17	-

C O N C L U S I O N S

Entrepris sur 994 malades alcooliques traités entre 1964 et 1968 à la Section de Cure et de Rééducation des Bouches-du-Rhône, ce travail a pour but de préciser la place du Disulfirame dans la guérison de l'alcoolique.

Pour ce faire nous avons adopté la classification des types d'alcoolismes d'après Jellinek.

Cet auteur distingue :

1°) L'alcoolisme bêta, sans dépendance à l'égard de l'alcool, caractérisé par une consommation chronique conduisant aux alcoolopathies. Ce groupe représente 58 % de nos sujets traités. Ce type bêta peut évoluer vers les formes delta et gamma.

2°) L'alcoolisme delta, avec dépendance physique à l'égard de l'alcool et impossibilité de s'abstenir : 11 % des sujets.

3°) L'alcoolisme gamma se caractérisant par une dépendance physique, mais se différenciant de l'alcoolisme delta par la perte de contrôle : 13 % des sujets.

4°) L'alcoolisme alpha avec dépendance psychologique à l'égard de l'alcool mais sans perte de contrôle : 13 % des

18) Enfin, l'alcoolisme epsilon, ou explosif, avec
de longues périodes d'abstinence. Nous n'en avons rencontré
qu'un seul cas.

Le long traitement du traitement comprend les
techniques thérapeutiques avec cure de désintoxication, cure de dé-
pense au cours d'isolement. Le temps "post-hospitalier" comporte
la prise (ou non) de comprimés de Disulfirame, la mise en rapport
régulière avec les représentants de bureaux guéris, et les conve-
nances de la vie.

Or, à la fin du traitement nous n'avons pu constater que
pour l'ensemble des 101 cas qui suivent la date de sortie de
l'hôpital, près de 1/3 des sujets étaient soit perdus de vue, soit en
situation de récidive.

Pour la partie gamma, le nombre de sujets de type
bêta qui abandonnent l'abstinence dès la sortie de l'hôpital
est de 10 sur 47, soit plus élevé que les sujets de type gamma.

Après deux à huit ans d'abstinence sous Disulfirame,
le nombre de sujets de type bêta qui redeviennent intempérants
est alors cinq fois supérieur à celui de type gamma.

Le tiers restant, soit 245 sujets, correspond aux
résultats positifs classés en résultats favorables, bons et
excellents.

Si l'on résume pour chaque type d'alcoolisme les suc-
cès obtenus, on constate que la conduite d'abstinence est égale en pourcentage, i.e. conduite d'abstinence est égale

B I B L I O G R A P H I E

- 1 - AMADOR, GAZDAR
Sudden death during disulfiram-alcohol reaction
Quater. J. of Stud. on Alcohol, 28, 4 : 649-652, 1967
- 2 - BARON (J.P.)
Bilan de trois années de désintoxication alcoolique
dans un service de Médecine Générale d'un Hôpital de
deuxième catégorie
Thèse Paris, 1965
- 3 - BENAÏM (G.)
Du rôle du Disulfirame dans l'existence des troubles
sexuels chez l'éthylique
Thèse Paris, 1965
- 4 - BOISSARD (J.C.)
A propos de 455 cures de dégoût de l'alcool par le
Tetra-Ethyl-Thiouree disulfure vitaminé B3, B4
Thèse Paris, 1962
- 5 - BONABESSE (M.)
Recherches sur la psychothérapie de groupe des
alcooliques
Thèse Nantes, 1966
- 6 - CARRERE (J.) et coll.
Investigations psychologiques dans 40 cas d'alcoolisme
chronique
Rev. Alcool., 8, 4 : 321-324, 1962
- 7 - CARRERE (J.)
Vers une thérapie dynamique au long cours de l'alcoo-
lisme chronique
Ann. Méd. Psychol., 1, 2 : 258-262, 1968
- 8 - DUBLINEAU (J.)
La réadaptation des boyaux chroniques récidivistes
Rev. Alcool., 12, 1 : 19-32, 1966
- 9 - DUCASSE (J.)
Contribution à l'étude de la post-cure chez les
alcooliques
Thèse Bordeaux, 1963

- 10 DUCHENE (H.) et BAILLY-SALIN
Le traitement ambulatoire de l'alcoolomanie
Rev. Alcool., 8, 4 : 305-320, 1962
- 11 DUCOURTIC (A. et H.), BONNOT et CASERTA
Réflexions sur une année de consultations médico-
sociales spécialisées dans le traitement de l'al-
coolisme.
Rev. Alcool., 10, 1 : 41-54, 1964
- 12 FARIA (G.)
Le choc disulfirame-alcool. Répercussions carlio-
vasculaires et moyens de prévention
Rev. Alcool., 12, 1 : 39-44, 1966
- 13 FERRANT (J.P.) et coll.
Problème des boissons après la cure de désintoxication
alcoolique
Sem. Hôpx, 45, 2 : 23-24, 1969
- 14 FONTAN (M.) et LANGE (G.)
Les activités de groupe dans le service de désinto-
xication éthylique de l'Hôpital de la Charité de Lille
Ann. Méd. Psychol., 2, 2 : 137-153, 1966
- 15 FIEOUR (P.) et coll.
Traitement de l'alcoolomanie dans un centre hospitalier
Rev. Alcool., 8, 4 : 275-284, 1962
- 16 JACQUES (D.)
Etude de l'utilisation de l'implant de disulfirame
dans une conception globale du traitement de la maladie
alcoolique
Thèse Paris, 1968
- 17 LECOQ (R.)
Notions de base indispensables à la compréhension des
problèmes de l'alcoolisme et de la désintoxication
alcoolique
Ann. Pharm. Franç., 22, 11 : 73-79, 1965
- 18 LE GO (P.M.)
Le dépistage précoce de l'éthylisme
Presse méd., 76, 12 : 579-580, 1968
- 19 LEREBoullet (J.)
La désintoxication alcoolique
Immex, 2, 3 : 195-206, 1965

- 20 - LERIBOULLET (J.), AMSTUTZ (Cl.) et FABRA (J.)
Enquête hospitalière sur l'alcoolisme
Rev. Alcool., 12, 4 : 249-255, 1966
- 21 - LOSTE (J.)
Prévention et traitement des accidents de sevrage
éthylque par un psychotonique, le PC 63-14
Thèse Lyon, 1969
- 22 - PERRIN (P.)
De la perte de liberté envers l'alcool, "Perte de
Contrôle" "Impossibilité de s'abstenir"
Rev. Alcool., 10, 1 : 1-8, 1964
- 23 - PERRIN (P.)
La "tolérance" à l'alcool
Rev. Alcool., 11, 1 : 1-9, 1965
- 24 - PERRIN (P.) et CHICHE-AUVIGNE (M.C.)
Le traitement des alcoolomanies dans les services
hospitaliers de Médecine Générale
Rev. Alcool., 11, 4 : 258-270, 1965
- 25 - PERRIN (P.)
L'abstinence totale et définitive doit-elle être
obligée pour obtenir la "guérison" d'un alcoolique ?
Rev. Alcool., 12, 4 : 316-328, 1966
- 26 - PERRIN (P.)
La rime à bannir du vocabulaire dans le traitement
de l'alcoolomanie : la "post-cure"
Rev. Alcool., 13, 1 : 1-2, 1967
- 27 - PLANCHE (R.)
Une tentative de suicide au Disulfirame
Clément Médical, supplément annuel, pp. 37-42, 1967
- 28 - RAINAUT (J.)
Mauvaise foi et incompatibilité réciproque entre al-
cooliques et non-alcooliques
Symposium de Zagreb, 1966
- 29 - RAINAUT (J.)
La place du traitement de l'alcoolisme dans la disci-
pline alcoolique et son déroulement
Symposium de Hollande, 1967
- 30 - RAINAUT (J.)
Essai de définition conceptuelle de l'alcoolisme
Ann. Méd. Psychol., 1, 3 : 377-394, 1967

- 31 - SOLMS (H.)
Effets de certaines mesures coercitives dans le
traitement d'alcooliques chroniques récalcitrants,
en Suisse
Rev. Alcool., 8, 4 : 272-274, 1962
- 32 - SOLMS (H.)
Différences socio-culturelles, économiques et géo-
graphiques de la consommation d'alcool et des al-
coolismes
Rev. Alcool., 13, 4 : 249-258, 1967
- 33 - TARDIEU (Y.)
Conduite à tenir en face d'un alcoolique
Sem. Hôpx., 44, 5 : 328-329, 1968
- 34 - THELIN (H.)
L'alcool, solvant de la personnalité
Rev. Alcool., 10, 1 : 19-26, 1964
- 35 - VIDART (L.)
Le traitement hospitalier de l'alcoolomanie
Rev. Alcool., 8, 4 : 265-271, 1962

*

* *

